

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO SUPERVISIONADO

### NURSING ASSISTANCE IN THE HIPERDIA PROGRAM: EXPERIENCE REPORT DURING SUPERVISED STAGE

### ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIENCIA EN ETAPA SUPERVISADA

Maria Alcineide do Nascimento\*, Sandra Cristina Bezerra de Almeida\*, Ionar Gilene de Oliveira Cosson\*\*, Jaçamar Aldenora dos Santos\*\*\*

#### Resumo

Introdução: O programa Hiperdia cadastra, atende e acompanha portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* pela rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Destina-se ao tratamento dessas condições crônicas que envolvem um leque muito amplo de doenças e agravos, especialmente cardiovasculares. Objetivos: Relatar a experiência de Estágio Supervisionado na Atenção Básica em Saúde, realizado por acadêmicas de enfermagem em uma unidade de referência, no município de Rio Branco-Acre, no período de abril a junho de 2015; traçar um paralelo entre as ações assistenciais realizadas e as preconizadas pelo Ministério da Saúde, quanto ao programa Hiperdia. Material e Método: Trata-se de um relato de experiência que utilizou como técnica de coleta de dados o diário de campo e a observação participativa nas atividades clínicas e gerenciais da unidade. Resultados: Evidenciou-se a ausência de uma assistência qualificada pelo enfermeiro quanto à atuação de forma efetiva e direta no programa, assim como ausência de educação continuada e permanente para os técnicos de enfermagem, pouca busca ativa dos faltosos e acompanhamento domiciliar, como também pouca informação verbal ou visual ao público alvo, estando, portanto, em desacordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, pactuado no caderno do programa Hiperdia. Conclusão: Perceberam-se falhas na comunicação do enfermeiro com o cliente e a família, não contribuindo para acompanhamento integral e longitudinal dos pacientes com fatores de risco e, conseqüentemente, para a emancipação do usuário do sistema, considerando-se que é de posse de informações que a pessoa se integra ao processo saúde/doença, especialmente por conhecer atitudes e meios que lhe proporcionem melhor qualidade de vida, adoção de medidas preventivas de doenças e de possíveis complicações futuras.

**Palavras-chave:** Assistência de enfermagem. Hiperdia. Sistema Único de Saúde. Enfermeiro. Educação.

#### Abstract

Introduction: The Hiperdia program registers, attends and accompanies patients with arterial hypertension and / or diabetes mellitus through the outpatient network of the Unified Health System - SUS. It is intended for the treatment of these chronic conditions that involve a very wide range of diseases and complications, especially cardiovascular diseases. Objectives: To report the experience of Supervised Internship in Health Primary Care, carried out by nursing students in a reference unit, in the municipality of Rio Branco - Acre, from April to June 2015; to draw a parallel between the assistance actions carried out and those recommended by the Health Ministry regarding the Hiperdia program. Material and Method: This is an experience report that used as data collection technique the field diary and the participative observation in the clinical and managerial activities of the unit. Results: We detected the absence of a qualified care by the nurse regarding the effective and direct intervention in the program, as well as the absence of continuous and permanent education for the nursing technicians, little active search of the absentees and home monitoring, as well as lack of verbal or visual information to the target audience, being, therefore, in disagreement with the Health Ministry recommendation, agreed in the Hiperdia program booklet. Conclusion: We perceived failure in nurses communication with the client and the family as well, not contributing to the integral and longitudinal follow-up of patients with risk factors and, consequently, to the emancipation of the system user, considering that it is well known that the individual becomes integrated into the health/illness process, especially for knowing attitudes and means that provide him a better quality of life, adoption of measures preventive of diseases and of possible future complications as well.

**Keywords:** Nursing care. Hiperdia. SUS. Nurse. Education.

#### Resumen

Introducción: El programa Hiperdia registra, atiende y acompaña portadores de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus por la red ambulatoria del Sistema Único de Salud - SUS. Se destina al tratamiento de estas condiciones crónicas que involucran un abanico muy amplio de enfermedades y agravios, especialmente cardiovasculares. Objetivos: Comunicar la experiencia de Etapa Supervisada en la Atención Básica en Salud, realizada por académicas de enfermería en una unidad de referencia, en el municipio de Rio Branco - Acre, en el período de abril a junio de 2015; trazar un paralelo entre las acciones asistenciales realizadas y las preconizadas por el Ministerio de Salud, en cuanto al programa Hiperdia. Material y Método: Se trata de un relato de experiencia que utilizó como técnica de recolección de datos el diario de campo y la observación participativa en las actividades clínicas y gerenciales de la unidad. Resultados: Se evidenció la ausencia de una asistencia calificada por el enfermero en cuanto a la actuación de forma efectiva y directa en el programa, así como ausencia de educación continuada y permanente para los técnicos de enfermería, poca búsqueda activa de los faltos y acompañamiento domiciliar, como también poca la información verbal o visual al público objetivo, estando, por lo tanto, en desacuerdo con lo preconizado por el Ministerio de Salud, pactado en el cuaderno del programa Hiperdia. Conclusión: Se percibieron fallas en la comunicación del enfermero con el cliente y la familia, no contribuyendo para acompañamiento integral y longitudinal de los pacientes con factores de riesgo y, conseqüentemente, para la emancipación del usuario del sistema, considerando que es de posesión de la información que la persona se integra al proceso salud / enfermedad, especialmente por conocer actitudes y medios que le proporcionen mejor calidad de vida, adopción de medidas preventivas de enfermedades y de posibles complicaciones futuras.

**Palabras claves:** Asistencia de enfermería. Hiperdia. SUS. Enfermero. Educación.

\*Acadêmicas do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFFAC), Rio Branco-AC, Brasil.

\*\*Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela UFAC, Doutora em Ciências, Professor Adjunto II do curso de graduação de Bacharelado em Enfermagem – UFAC, Rio Branco-AC, Brasil. Contato: ionarcosson@uol.com.br

\*\*\*Enfermeira. Bacharel em Enfermagem, Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. Professora Assistente II do curso de graduação de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFFAC), Rio Branco-AC, Brasil. Contato: jacamaraldenora@bol.com.br

## INTRODUÇÃO

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) ameaçam a saúde e o desenvolvimento das nações, pois geralmente são incapacitantes, ocasionam sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e seus familiares, além de causarem forte impacto financeiro sobre o sistema de saúde<sup>1</sup>. Um grande desafio para as equipes de Atenção Básica em Saúde (ABS) é a atenção dada às doenças crônicas, atualmente prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, cuja abordagem, para ser efetiva, deve envolver as diversas categorias profissionais das equipes de saúde, exigindo o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e da comunidade<sup>2</sup>.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) são DCNTs de grande magnitude e alvo de criteriosa investigação da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)<sup>3</sup>. Representam importantes fatores de risco para o agravamento das doenças cardiovasculares e uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira. Repercutem negativamente na qualidade de vida e tendem a aumentar nos próximos anos, não somente pelo envelhecimento da população e à crescente urbanização, mas principalmente pelo estilo de vida pouco saudável adotado pela população brasileira<sup>4</sup>. Tais doenças levam frequentemente à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, a família e a sociedade. A abordagem em conjunto dessas morbidades se deve a possibilidade da associação entre o DM e a HAS ser da ordem de 50%, requerendo na grande maioria dos casos, o manejo dessas patologias num mesmo paciente, considerando-se que a prevalência da hipertensão em diabéticos é, ao menos, duas vezes maior do que na população em geral<sup>5</sup>.

Doenças crônicas de grande impacto epidemiológico, a HAS e o DM têm elevado custo para o serviço de saúde. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (PA  $\geq$  140/90 mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, variando a sua prevalência no Brasil entre 22% e 44%

para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos<sup>6</sup>.

A elevação crônica da pressão arterial é motivo de grande estudo no campo científico. A compreensão da fisiopatologia da HAS é importante, pois ajuda a orientar quais ações de saúde devem estar voltadas para a prevenção ou promoção de saúde. A interação entre fatores genéticos e ambientais determina o desenvolvimento da doença; escassez de ações de saúde voltadas para o controle da HAS e a falta de adesão ao tratamento conduzem ao aparecimento de complicações em órgãos ricamente vascularizados, denominadas lesões de órgão-alvo, predispondo a pessoa a cardiopatia hipertensiva, doença coronária, doença cerebrovascular, nefropatia hipertensiva, retinopatia hipertensiva, aortopatia e doença arterial periférica<sup>6</sup>.

As ações de promoção e prevenção da saúde têm como alvo medidas de controle dos fatores, como excesso de peso, consumo excessivo de sal e uso inadequado de álcool, sendo a Atenção Básica a grande responsável pelas ações de controle individual e coletivo. O acompanhamento integral e longitudinal dos pacientes com fatores de risco para HAS é essencial, devendo proporcionar uma verdadeira mudança do estilo de vida, por meio de orientações médicas, como restrição sódica, dieta Dash (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) perda de peso, moderação do consumo etílico, interrupção do tabagismo e exercícios regulares<sup>6</sup>. A finalidade da linha de cuidado da HAS é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença em todos os pontos de atenção<sup>7</sup>.

Quanto ao DM, estima-se que, mundialmente, afete 347 milhões, sendo que mais de 80% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda. O DM possui alta incidência na população brasileira, revelando-se como um problema de grande importância social e para a saúde pública do país<sup>8</sup>. Doença caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, resulta em hiperglicemia crônica e divide-se em Diabetes Tipo 1, Tipo 2, gestacional e outros tipos específicos. O DM tipo 1 caracteriza-se pela destruição das células beta do pâncreas (geralmente causada por processo autoimune), levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina, sendo necessária a administração da insulina para prevenir cetoacidose, coma e até a morte. O DM tipo

2 caracteriza-se pela resistência à ação da insulina e a deficiência da insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Outros tipos de Diabetes são menos frequentes, e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta e da ação da insulina, doenças no pâncreas exócrino, infecções, efeito colateral de medicamentos, dentre outros<sup>9</sup>.

O DM exige um acompanhamento regular e sistêmico por uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça os recursos necessários para que a pessoa possa manejar a patologia e manter o autocuidado necessário para evitar o agravamento da doença<sup>10</sup>.

Dessa maneira, a educação em saúde constitui a base para o manejo e o domínio da enfermidade<sup>1</sup>. O DM e a HAS são responsáveis por alta mortalidade e hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à hemodiálise<sup>11</sup>. Esse processo de morbidade resulta em consequências humanas, sociais e econômicas de grandes proporções, além de grande impacto econômico, notadamente nos serviços de saúde, com crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo, das complicações<sup>12</sup>. O maior custo, entretanto, é para portadores, suas famílias, amigos e a comunidade, considerando que o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável<sup>10</sup>.

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira como as medidas antitabágicas, as políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola, além das ações de atenção à HAS e o DM, notadamente na rede básica de saúde. Dentre as ações, o sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de portadores na rede básica de saúde, o SIS-Hiperdia-sistema informatizado de gestão clínica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de HAS ou DM, atendidos na rede primária do Sistema Único de Saúde (SUS), gera informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipal, estadual e Ministério da Saúde (MS). Esse programa promove ainda a reorientação da assistência farmacêutica pelo fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário do sistema<sup>6</sup>.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da

HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de ABS, cujos profissionais têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS, cujo foco é o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão<sup>7</sup>.

Nesse contexto, o enfermeiro é imprescindível, pois a educação em saúde é um instrumento fundamental para qualificar a assistência do paciente e da família, e enquanto processo, objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população pelo estímulo e a reflexão crítica das causas dos seus problemas, bem como das ações necessárias para a sua resolução<sup>13,14</sup>, assim, investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e consequentes gastos, especialmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna<sup>5</sup>.

O Sistema Informatizado de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, denominado Sis-HIPERDIA, intitulado Hiperdia, foi implantado no ano de 2001 pelo MS. O Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de HAS e DM, com ênfase na Atenção Primária a Saúde (APS) no país é resultado de parcerias com várias sociedades científicas, entidades de pacientes com essas patologias, com os 27 estados brasileiros e o Distrito Federal e com 5.563 municípios através de representações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Este plano prioriza a confirmação dos casos suspeitos, a elaboração de protocolos clínicos e treinamento de profissionais de saúde, a garantia da distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina NPH, além do cadastro e acompanhamento desses pacientes<sup>13</sup>.

A organização da estrutura de uma rede de atenção à HAS e DM é fundamental para atendimento eficiente e eficaz na reorganização do SUS. O modelo de redes de atenção deve estar sempre pactuado e integrado, promovendo reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde<sup>14</sup>.

A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. A coordenação do programa Hiperdia municipal de Rio Branco-AC, em conjunto com gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) utilizam o programa em nível municipal, coletando informações para alimentar o banco de dados interno\*.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivos: relatar a experiência de Estágio Supervisionado obrigatório na Atenção Básica, realizado por acadêmicas de enfermagem em uma unidade de referência, no município de Rio Branco-AC, no período de abril a junho de 2015; traçar um paralelo entre as ações assistenciais realizadas e as preconizadas pelo MS, quanto ao programa Hiperdia. Assim, o propósito expor e refletir sobre a dinâmica do grupo Hiperdia na Unidade de Referência de Atenção Primária (URAP).

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicas do 7º período do curso de graduação em enfermagem em uma UBS, por ocasião de atividades teórico-práticas desenvolvidas em campo de Estágio Supervisionado pela Universidade Federal do Acre (FAC), localizada em Rio Branco-AC, no período de abril a junho de 2015.

A abordagem metodológica foi qualitativa, a técnica do tipo observação participativa, e o instrumento o diário de campo, possibilitando acompanhar os pacientes. A análise dos dados foi realizada pelo método comparativo e analítico entre o que foi observado no serviço oferecido aos usuários do programa, as atribuições da equipe multiprofissional e a logística estabelecida pelo MS.

O cenário da pesquisa ocorreu na Unidade de Referência de Atenção Primária (URAP), localizada no primeiro distrito do município de Rio Branco-AC, referência para as Unidades de Saúde da Família (USF) Elpídio e USF Platilde. Essas duas unidades abrangem 21 áreas, cada uma contendo sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 28 pessoas, sendo que cada ACS acompanha 150 famílias.

A URAP atende a 48 mil famílias, cuja média é de sete pessoas/família. É referência nos arredores da unidade, assim como para os bairros: Tancredo Neves, Defesa Civil, Montanhês, Jorge Lavocard, Xavier Maia,

Adalberto Sena, Wanderley Dantas e Vila Nova. Serve também de referência para outros municípios pela infraestrutura e qualidade no atendimento aos usuários.

A estrutura da unidade é privilegiada, pois todas as salas são climatizadas e com espaços adequados para o atendimento a todos os usuários que apresentem ou não dificuldades de locomoção. Funciona doze horas por dia e busca atender a todos os pacientes que necessitem de um atendimento básico de saúde por consultas médicas, consultas de enfermagem e visitas domiciliares.

Há um laboratório de análises clínicas que funciona na própria unidade, além do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e do Centro Avançado de Diagnóstico e Imagem (CADI) que realiza as ultrassonografias (USG), constituindo-se de ferramentas essenciais para um diagnóstico confiável. Os agendamentos para as realizações de exames para o LACEN e CADI são feitos na sala de regulação.

A unidade é referência em atenção primária, contando com clínico geral, cirurgião (pequena cirurgia), pediatra, ginecologista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, educador em saúde. Desenvolve o programa de Hiperdia, programa de crescimento e desenvolvimento da criança, programa de tabagismo, consultas de enfermagem, pré-natal, exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero (PCCU) e planejamento familiar.

Na coleta de dados seguiu-se o plano de ação elaborado para o Estágio Supervisionado na ABS, que estabelece que o acadêmico participe das atividades de todos os setores da unidade de saúde, a qual destina às quartas-feiras o atendimento na sala do Hiperdia, oportunidade utilizada no atendimento aos usuários do programa e integração com a equipe de saúde. As atividades realizadas no diário de campo continham o registro do fluxograma, das equipes que compõem o setor, do espaço físico, mobiliário, os tipos de impressos, da rotina, da qualidade do atendimento, acertos e deficiências do serviço prestado, além do perfil dos usuários.

Na primeira semana realizou-se a observação do espaço físico, sendo mensuradas portas, janelas e a sala onde é realizado o atendimento dos usuários do Hiperdia. Foi verificada a acessibilidade aos portadores com dificuldade para deambular (usuários em cadeira de rodas), a existência e condições das paredes, teto,

\* Informação verbal da enfermeira responsável pela área técnica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Rio Branco-AC.

assoalho, depósito de lixo comum e hospitalar, pia para higienização das mãos, climatização e instalações elétricas e hidráulicas. Oportunidade, também, de conhecer os funcionários do setor, os impressos utilizados no atendimento e o local de armazenamento de dados.

As semanas seguintes foram dedicadas ao atendimento aos usuários, onde as consultas eram previamente agendadas, com início às sete horas da manhã, destinando-se a pré-consulta para atendimento médico e a livre demanda, agendamento de consulta, renovação de receitas médicas, atualização do mapa pressórico, testes de glicemia e verificações da pressão arterial para simples conferência do usuário, totalizando aproximadamente 47 pacientes atendidos às quartas-feiras semanalmente. Também foram realizadas as pré-consultas, medidas antropométricas, entrevistas, preenchimento dos formulários de cadastro ao programa e de acompanhamento clínico e orientações ao paciente e familiar.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência de observação na sala do programa Hiperdia da unidade de saúde caracterizou-se num processo rico e complexo de aproximação da realidade, possibilitando conhecer e aprender sobre objetivos e metas e traçar um paralelo entre as ações estratégicas preconizadas pelo Ministério da Saúde e o cotidiano da unidade.

Durante a vivência foi possível acompanhar a rotina das atividades realizadas pela equipe multiprofissional, observar o fluxo do serviço e a estrutura física do local, a forma de armazenamento de dados e os respectivos encaminhamentos do programa Hiperdia.

Quanto ao espaço físico da sala do programa Hiperdia, o mesmo encontrava-se dentro dos padrões regulamentados pela RDC 50 da ANVISA, que normatiza estabelecimentos de saúde. Também, não foram encontrados pontos em desacordo com a lei, capazes de prejudicar a assistência prestada, ou seja, o mobiliário, climatização, acessibilidade e a estrutura física permitem às pessoas trabalharem de forma segura e confortável, oferecendo atendimento de qualidade ao usuário.

Na unidade, após a confirmação do diagnóstico, o paciente é encaminhado para a sala do programa Hiperdia, para inclusão no Sistema de Cadastramento e

Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, onde se preenchem formulários de adesão ao programa: cartão de hipertenso ou diabético, mapa de curva pressórica e glicêmica, cadastro de inclusão na unidade básica, cadastro ao programa nacional do Hiperdia e ficha de acompanhamento.

Os dados pessoais, socioeconômicos e de saúde da pessoa são coletados através de entrevista e resultados da avaliação física, que são transcritos manualmente para material impresso, devido à falta de sistema de informação computadorizado, deixando o atendimento lento e sujeito a falhas e ao critério humano. O preenchimento manual dos formulários está em desacordo com o plano de implantação do programa que, na sua origem, seria um sistema integrado e informatizado, desde sua origem na unidade básica até o Ministério da Saúde. A não utilização do sistema integrado causa falha no preenchimento do formulário, variando desde a omissão, repetição ou erros de dados, acarretando prejuízo ao usuário e a equipe multiprofissional, pois estudos realizados afirmam que a qualidade da informação é recurso primordial para a tomada de decisões, uma vez que através dela pode-se chegar o mais próximo possível da realidade, traçar perfil, detectar problemas e agir em prol da resolução<sup>15</sup>. Essas informações possuem uma dimensão política e estratégica para os processos decisórios na área da saúde<sup>16</sup>, pois o artigo 41, da Resolução do COREN nº. 311/2007 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem) reafirma essa posição, estabelecendo que compete a equipe de enfermagem, prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade da assistência<sup>17</sup>.

A equipe multiprofissional é atuante nas suas diversas categorias. O atendimento inicial acolhedor e realizado pelo técnico de enfermagem, propicia a formação de vínculo afetivo entre a equipe multiprofissional e os usuários; os técnicos de enfermagem também são responsáveis por preencher os formulários de adesão ao programa, realizar as medidas antropométricas, aferir a pressão arterial, realizar o exame de glicemia capilar, agendamento do retorno e orientações diversas.

O programa conta com um médico, clínico geral que reserva um dia por semana para as consultas por atendimento exclusivo aos usuários, estabelecendo o diagnóstico clínico, instituindo o tratamento adequado,



avaliando também a necessidade da doação do aparelho glicosímetro ao paciente. Também direciona o fluxo para outros profissionais da equipe multiprofissional conforme a necessidade do paciente, tais como psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, dentista, dentre outros.

O trabalho da equipe multiprofissional é imprescindível e possibilita realizar após as avaliações e ações a interdisciplinaridade, pois permite traçar conjuntamente as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários, portadores dessas doenças<sup>18</sup>. O trabalho em equipe nas unidades é um dos principais instrumentos de intervenção, pois as ações e práticas se estruturam a partir da equipe, ao mesmo tempo em que ocorre neste tipo de trabalho em saúde, a ampliação do objeto de intervenção, para além do âmbito individual e clínico<sup>19</sup>.

Nos contextos assistenciais em ABS o trabalho do enfermeiro deve ser dinâmico, interativo e integrado às demais equipes, conforme preconiza o programa. Nesse sentido, percebeu-se pouca atuação do enfermeiro no programa Hiperdia, observando-se a ausência de educação permanente ou continuada para técnicos de enfermagem, falta de busca ativa dos faltosos e acompanhamento domiciliar, como também pouquíssima informação verbal ou visual ao público alvo, estando assim, em desacordo o Ministério da Saúde, no que está pactuado pelo caderno do Hiperdia, o qual define as atribuições de cada profissional inserido no programa.

A educação em saúde nas Estratégias de Saúde em Família (ESF) ainda ocorre permeada de contradições e, para compreendê-la, o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, precisa considerar as novas formas de relações sociais e as necessidades de saúde da população, com vistas a superar as práticas limitadas ao ensinamento de comportamentos saudáveis. O enfermeiro tem papel fundamental, pois além de coordenar toda a equipe de enfermagem, ainda atua em funções administrativas e de gerenciamento, é cuidador, educador, atua no ensino e na pesquisa<sup>19</sup> com atribuições tanto no controle como na prevenção, através da educação em saúde<sup>20</sup>.

Dentre as muitas atribuições e saberes científicos e tecnológicos adquiridos na graduação de enfermagem, destaca-se a informação, o poder da educação de transformar vidas, reverter diagnósticos, prevenir novas

patologias ou complicações dos agravos já existentes. A educação é uma das ações prioritárias incluídas no processo de trabalho da equipe, uma vez que o educar e o cuidar devem ser recíprocos, promovendo desta forma uma permuta de conhecimentos, é uma troca de saberes entre o sujeito e o profissional, atuando como prática transformadora<sup>21</sup>. Considerando que a mesma é a base da prevenção e a forma mais eficaz, barata e gratificante de tratar esses agravos, é importante, pois engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica<sup>4</sup>.

A busca pela melhor qualidade na atenção a saúde dos usuários, exige dos profissionais competências técnicas em suas atuações de modo que a qualificação seja adequada e seguida de capacitações tornando o profissional da saúde apto para atuar em todos os níveis de atenção. O enfermeiro é reconhecido por ser o interlocutor e o principal agente catalisador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF<sup>22</sup>. Especificamente sobre a saúde pública, a autonomia do enfermeiro torna-se mais expressiva por meio do atendimento à população nas consultas de enfermagem e nas atividades de educação em saúde no âmbito individual e coletivo<sup>23</sup>.

O enfermeiro deve compreender que o processo de trabalho não se restringe a atuação sobre doenças e agravos, mas que é necessário dar condições a pessoa, a família e a comunidade para conquistarem saúde biológica, psicológica, espiritual, social e ambiental<sup>24</sup>.

Ao promover um processo educativo como o empoderamento e, estando capacitado para desempenhar o papel de educador em saúde, o enfermeiro pode levar o usuário a uma reflexão sobre sua condição, ajudando-o a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. Desta forma, o empoderamento é um recurso a ser utilizado pelo enfermeiro na promoção da saúde, requerendo do profissional um diálogo com a comunidade na qual está inserido, de modo a identificar suas particularidades e necessidades para adequar sua conduta e assim alcançar seus objetivos<sup>25</sup>.

Assim, é importante estimular e motivar o indivíduo a refletir sobre seus interesses e necessidades, além de torná-lo autônomo para o cuidado a sua saúde sendo

capaz de superar problemas cotidianos, ao tomar decisões adequadas para lidar com a doença. O enfermeiro, dentre os que trabalham na área da saúde, é capacitado para desenvolver atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, podendo contribuir, significativamente para a transformação do modelo assistencial<sup>26</sup>.

Tornou-se evidente a importância da educação em saúde e a presença ativa e efetiva do enfermeiro no programa Hiperdia, pois de posse das informações pertinentes ao processo saúde/doença, pode promover a melhoria da qualidade de vida de usuários, familiares e da comunidade.

Para Fracoli e Alvim de Castro<sup>27</sup> a importância das inovações em termos das tecnologias de educação e formação profissional, contribui para a formação de um profissional mais autônomo, mais participativo, mais envolvido com o compromisso e com a responsabilidade social, seja ela expressa na relação com o indivíduo ou com o coletivo, necessita de relações de ensino-aprendizagem mais emancipatórias e críticas. A inserção precoce e crítica dos alunos para ações de cunho teórico-prático junto aos serviços ABS se configura em uma ação muito próxima do horizonte almejado para o ensino da enfermagem e para o SUS.

## CONCLUSÃO

A falta de especificidade do papel do enfermeiro ficou evidente na divisão de tarefas com a equipe de enfermagem, pois se perceberam com o desenvolvimento do estudo poucas ações e estratégias do enfermeiro na sala do programa Hiperdia conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, embora desenvolva atividades que atendem parcialmente as necessidades da microárea onde desenvolve as atividades profissionais.

Determina as normas de implementação do Hiperdia que o enfermeiro tenha papel de articulador de ações e disseminador de informações, considerando que a educação em saúde é um alicerce a ser firmado nos setores de saúde para minimizar agravos decorrentes da HAS e DM. A promoção da saúde e prevenção de doenças contribuem para o atendimento de excelência ao usuário e buscam alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade.

A ausência destas ações contribui para a descontinuidade das ações de enfermagem focadas no autocuidado e emancipação do sujeito e da família, prejudicando o processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde; 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). IBGE, 2014. [Internet]. [citado em 06 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileirostem-doenca-cronica>
3. Lima AS, Gaia ESM, Ferreira MA. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e diabético. Rev Saúde Colet Debate. 2012; 2(1):29-30.
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Área técnica de diabetes e hipertensão arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília: MS; 2001.
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial e diabetes mellitus. Morbidade autorreferida segundo Vigitel, 2009, cadastro de portadores do Sis-Hiperdia, 2010. [Internet]. [citado em 06 jun. 2015]. Disponível em: <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/vigitel.pdf>
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95 (supl. 1):1-51.
7. Ministério da Saúde (BR). Hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: MS; 2013.
8. World Health Organization. Diabetes: diabetes facts (Fact sheet, 312). 2011. [Internet]. [citado em 27 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
9. Petermann XB, Machado IS, Pimentel BN, Miolo SB, Martins LR, Fedosse E. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. Saúde (Santa Maria). [Internet]. 2015 [citado em 27 nov. 2016]; 41(1):49-56. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/14905/pdf>
10. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(4): 862-8
11. Ferreira EDM. O itinerário terapêutico de pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão arterial e diabetes mellitus. [dissertação]. Juiz de Fora, MG: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015. [citado em 27 fev. 2016]. Disponível em: [www.ufjf.br/enfermagem/files/2010/05/Dissertação-Elaine-Duarte-Mendes-Ferreira.pdf](http://www.ufjf.br/enfermagem/files/2010/05/Dissertação-Elaine-Duarte-Mendes-Ferreira.pdf)
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, DF: MS; 2006.
13. Chazan AC, Perez EA. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. Revista APS. 2008; 11(1):10-6.
14. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: rede de atenção às condições crônicas. São Luís, MA: UFMA; 2015.
15. Bochner R, Guimarães MCS, Santana RAI, Machado C. Qualidade da informação: importância do dado primário, o princípio de tudo. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 12., Brasília, DF. Anais... Brasília, DF: UNB; ANCIB; 2011. p. 3526-58. [Internet]. [citado em 25 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.brapci.inf.br/index.php/article/download/61785>

16. Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3):683-8.
17. COREN. Código de ética. [Internet]. [citado em 12 ago. 2015]. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
18. Carvalho CG. Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo hipertensão. *e-Scientia*. [Internet] 2012. [citado em 12 ago. 2015]; 5(1):39-46. Disponível em: <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/viewFile/201/466>
19. Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional da saúde da família: estudos sobre modalidade de equipes. *Interface*. 2013; 17(45):327-40.
20. Bassoto TRP. Estratégia de saúde da família: o papel do enfermeiro como supervisor e educador dos ACS. [trabalho de conclusão de curso]. Governador Valadares, MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. [Internet]. [citado em 27 fev. 2016]. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Estrategia\\_saude\\_familia\\_papel\\_enfermeiro.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Estrategia_saude_familia_papel_enfermeiro.pdf)
21. Mazzuchello FR, Schwalm MT, Dagostim VS, Soratto MT. A atuação dos enfermeiros nos grupos operativos terapêuticos na estratégia da saúde da família. *Mundo Saúde*. São Paulo. 38(4):462-72.2014.
22. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [citado em 25 ago. 2015]; 17(1):223-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>
23. Greasley P. Welfare advice in general practice: a resource for community nurses. *Brit J Comm Nurs* [Internet]. 2005 [citado em 04 ago. 2015]; 10(8):368-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2005.10.8.18575>.
24. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o eco mapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [citado em 04 ago. 2015]; 62(3):407-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>
25. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GS, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):2923-30.
26. Nobrega ESL, Medeiros ALF, Leite MCA. Atuação do enfermeiro no controle da hipertensão arterial em unidade de saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2010 [citado em 12 ago. 2015]; 4(1):50-60. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/5832/5089>
27. Fracolli LA, Alvim de Castro DF. Competência do enfermeiro na atenção básica em foco a humanização do processo de trabalho. *Mundo Saúde*. 2012; 36(3):427-32.

Recebido em: 20/07/2017

Aceito em: 23/09/2017